

GASTROENTERITE AGUDA NA INFÂNCIA: REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES

CALEGARE, Cristiane

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

COMELIS BERTOLIN, Daniela

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

Introdução: A gastroenterite aguda pode ocorrer com a manifestação importante de sintomas gastrointestinais como náusea, vômitos e diarreia ou não. Em paciente com estes sintomas, é fundamental realizar a hidratação adequada e uso de medicações para manejo dos sintomas. O que define se o paciente deve ser internado ou não, é o seu grau de desidratação, a resposta que ele apresenta ao tratamento inicial e comorbidades associadas. Os planos de hidratação são A, B e C sendo o plano A e B por via oral e o plano C por via endovenosa. Ainda que se tenha bem definido o tipo e o perfil de paciente que deve receber soroterapia venosa ainda existem casos de pacientes que não possuem indicação formal de terapia parenteral e ainda assim a recebem e permanecem além do necessário na unidade de saúde, sobrecarregando o sistema e aumentando o risco de infecção nosocomial. **Metodologia:** Estudo de revisão bibliográfica com 10 artigos de 2016 a 2020. **Resultados e Discussão:** , os estudos tratam da abordagem de paciente pediátricos no pronto atendimento com possível sinal de desidratação e discorrem a respeito da conduta terapêutica para cada tipo de caso, ressaltando os sinais de desidratação e as diversas abordagens possíveis e o uso ou não de sintomáticos para cada caso. **Conclusão:** A gastroenterite é uma enfermidade muito frequente no cenário pediátrico, e reconhecer o quadro e conduzir de maneira correta é fundamental para um melhor prognóstico do paciente. Restrição alimentar é totalmente contra indicado, e deve ser reestabelecida imediatamente após o paciente apresentar condições clínicas para tal.

PALAVRAS - CHAVE

Gastroenterite, diarreia, desidratação e infância.

ABSTRACT

Introduction: Acute gastroenteritis can occur with the important manifestation of gastrointestinal symptoms such as nausea, vomiting and diarrhea or not. In patients with these symptoms, it is essential to provide adequate hydration and use of medications to manage the symptoms. What defines whether the patient should be hospitalized or not is the degree of dehydration, the response he presents to the initial treatment and associated comorbidities. Hydration plans are A, B and C, with plan A and B being orally and plan C intravenously. Although the type and profile of patients who should receive intravenous serum therapy have been well defined, there are still cases of patients who do not have a formal indication for parenteral therapy and still receive it and remain longer than necessary in the health unit, overloading the system and increase the risk of nosocomial infection.

Methodology: Literature review study with 10 articles from 2016 to 2020. **Results and Discussion:** the studies deal with the approach of pediatric patients in emergency care with possible signs of dehydration and discuss the therapeutic approach for each type of case, highlighting the signs of dehydration and the different possible approaches and the use or not of symptomatic ones for each case. **Conclusion:** Gastroenteritis is a very common disease in the pediatric setting, and recognizing the condition and managing it correctly is essential for a better prognosis for the patient. Dietary restriction is completely contraindicated, and must be reestablished immediately after the patient presents clinical conditions for such.

Keywords: Gastroenteritis, diarrhea, dehydration and childhood.

1. INTRODUÇÃO

A gastroenterite aguda (GEA) é uma doença marcada pelo quadro de diarreia que pode ou não ser precedida de episódios de náuseas, vômitos febre e dor abdominal. (BRADY, 2018). Além disso, é um quadro extremamente comum em pacientes pediátricos, dessa forma, compreender sua epidemiologia, sintomatologia, curso clínico e correta abordagem terapêutica é fundamental. (FLOREZ; NIÑO-SERNA; BELTRÁN-ARROYAVE, 2020).

O termo diarreia pode ser definido pela apresentação de três ou mais episódios de evacuação com fezes de consistência amolecida ou líquida nas últimas 24 horas, sendo a diminuição da consistência o fator mais considerado para caracterizar um episódio de diarreia e no quadro de diarreia aguda, pode ser observado um desequilíbrio entre mecanismo absorptivos e secretivos de líquidos e eletrólitos, no entanto, ainda é um quadro autolimitado. (HOSSAIN *et al.*, 2017).

Em países desenvolvidos, a GEA é causa de um grande número de atendimentos, seja a nível ambulatorial ou em pronto atendimento, é responsável por mais de 1 milhão de consultas, 150.000 hospitalizações e 250 mortes em crianças por ano. (HOUSTON; GIBB; MAITLAND, 2017). Ainda que seja uma causa frequente de consultas e um dos maiores fatores de causa da mortalidade infantil em países subdesenvolvidos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorreu uma redução considerável na taxa de mortalidade por quadros de diarreia infecciosa em crianças com idade inferior a cinco anos e isso se deve a melhora da qualidade da água ofertada, saneamento básico e um maior acesso a serviços de saúde, porém, mesmo que os números evidenciem uma queda no número de mortes e internações por gastroenterite aguda, o saneamento básico e a realidade sanitária em muitos países ainda é precária, sobretudo, em países subdesenvolvidos. (IRO *et al.*, 2018).

Essa mortalidade elevada tornou-se gradualmente menor nas duas últimas décadas. No ano de 1991, foram registrados 3,5 milhões de óbitos por GEA no mundo, já no ano de 2010 foram observadas 1,5 milhões de morte pela mesma doença. (LEE; DAMON; PLATTS-MILLS, 2020). No que se diz respeito ao cenário nacional, no ano de 2015 o quadro clínico de GEA foi responsável por aproximadamente 4% dos óbitos em todo o território ocupando o quarto lugar como principal causa de mortalidade infantil, no entanto, no ano de 1980 ocupava a segunda posição, fato este que evidencia uma melhora da taxa de mortalidade por GEA. (LEUNG; HON, 2021).

A etiologia da GEA se dá pela presença do agente infeccioso que pode variar de vírus, fungos, protozoários e bactérias no trato gastrointestinal. No que se diz respeito a maior recorrência, em geral o agente etiológico mais comum é o viral e o quadro é autolimitado. (MACDONALD; MCCORMACK, 2020).

O mecanismo fisiopatológico da diarreia é atribuído a um processo inflamatório que promove a liberação de água e sais minerais para a luz intestinal, o que promove uma diarreia osmótica de grande volume, e pode levar o paciente a um quadro de desidratação. (POONAI *et al.*, 2021). Já o mecanismo conhecido como secretor ocorre pela liberação de mediadores químicos produzidos por agentes bacterianos, no entanto, o que difere entre as fontes causadoras é que na diarreia secretora ocorre perda de sódio e o paciente pode apresentar um quadro de hiponatremia em decorrência do alto volume de líquido perdido, principalmente nas diarreias causadas por mecanismo secretor. (POSOVSZKY *et al.*, 2020). O quadro de diarreia aguda é então estabelecido como um episódio de diarreia com características de início agudo, com etiologia infecciosa, autolimitado, de duração inferior a 14 dias e aumento do volume e frequência de evacuações. (FLOREZ; NIÑO-SERNA; BELTRÁN-ARROYAVE, 2020).

Diante de um paciente com quadro de GEA, é fundamental identificar a presença ou ausência de sinais de alarme do quadro em questão, e isso é importante pois muda totalmente a abordagem e condução do caso. (HOSSAIN *et al.*, 2017). É importante questionar a respeito da perda de líquidos, uma vez que ele pode apresentar quadro de desidratação leve, moderada ou grave. Além disso, é de grande importância observar se ocorreu ou não piora do quadro de diarreia, se há recusa de alimentos, vômitos repetidos, presença de muco ou sangue nas evacuações, febre, muita sede e diminuição da diurese e com base no entendimento desses parâmetros a conduta médica será tomada de acordo com o nível de desidratação do paciente e a quantidade de líquidos a ser repostos e a via de administração podem variar de acordo com as recomendações dos planos A, B e C de reposição volêmica. (IRO *et al.*, 2018).

O exame físico do paciente pediátrico deve ser minucioso e é fundamental fazer um exame geral do paciente, observando a presença ou não de lágrimas, nível de consciência e avidez por líquidos. Além disso, é importante observar presença do sinal da prega cutânea, se os pulsos estão amplos cheios e simétricos, como estão as fontanelas, saliva, padrão respiratório, taquicardia, aumento do tempo de enchimento capilar, extremidades frias e se houve ou não perda de peso associado aos episódios de diarreia e com base nessa avaliação fundamentar o seu tratamento. (IRO *et al.*, 2018).

O plano A é aplicado para paciente que não possuem sinais clássicos de desidratação, e por isso o paciente recebe alta da unidade de saúde e realiza a reposição volêmica por via oral em domicílio e orientações sobre sinais de alarme e piora do caso com manifestações clínicas como rebaixamento do nível de consciência, prostração ou choro seco, e com isso, é prescrito reposição de líquidos com sais de reidratação oral em domicílio. (POONAI *et al.*, 2021).

No plano B, o paciente apresenta sinais clínicos de desidratação, porém são sinais mais brandos em relação a um quadro mais grave. O paciente já apresenta uma certa irritabilidade, sede e bebe rapidamente tudo que é oferecido. (IRO *et al.*, 2018) Em paciente com essas manifestações, a reidratação ainda pode ser realizada por via oral, porém, se apresentar náuseas, vômitos ou sintomas que não sejam compatíveis com a ingestão por via oral, o paciente recebe soroterapia venosa e após reavaliação e se possuir condições clínicas para tal é dada alta hospitalar com complementação de reposição volêmica a nível domiciliar. (POSOVSZKY *et al.*, 2020).

O plano C, é realizado totalmente em ambiente hospitalar, uma vez que o paciente apresenta sinais importantes de desidratação com repercussões clínicas que justificam a permanência hospitalar como rebaixamento do nível de consciência, depressão da fontanela, e tempo de enchimento capilar

aumentado. (FLOREZ; NIÑO-SERNA; BELTRÁN-ARROYAVE, 2020). Com isso, a reidratação é feita via parenteral com soro fisiológico 20ml/kg na fase de expansão, sendo fundamental a reavaliação do paciente após cada esquema de soro, sendo importante ressaltar que ao hidratar cardiopatas, é necessário mais atenção a quantidade de soro infundido, portanto, iniciar com 10ml/kg, pois existe a possibilidade de ocasionar edema agudo de pulmão em decorrência da deficiência cardíaca. (LEE; DAMON; PLATTS-MILLS, 2020). Após as condutas terapêuticas e presença de sinais de melhora, iniciar a hidratação também por via oral e manter a venosa. Com nova reavaliação e melhora clínica e ausência de sinais de gravidade, o paciente pode receber alta hospitalar com orientações e manutenção da reidratação domiciliar com plano A.

2. OBJETIVO

Verificar na literatura dos últimos cinco anos o conhecimento produzido acerca da Gastroenterite Aguda na Infância e identificar os sinais de alarme de um quadro de gastroenterite e discorrer sobre os planos terapêuticos de reposição volêmica.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura.

O estudo seguiu as cinco etapas do processo de elaboração de revisão integrativa: (1) identificação do problema de pesquisa e elaboração da pergunta norteadora, (2) busca dos estudos na literatura, (3) avaliação dos dados encontrados nos estudos selecionados, (4) análise de dados com síntese e (6) apresentação da revisão integrativa (HOPIA et. al., 2016).

A pergunta norteadora do estudo foi: “Qual foi o conhecimento produzido nos últimos cinco anos a respeito de gastroenterite aguda na infância?”.

A busca foi realizada no PubMed no mês de Novembro de 2021. PubMed é uma plataforma livre de acesso à base de dados MEDLINE de citações e resumos de artigos de investigação em Biomedicina gerenciada pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine*).

A estratégia de busca iniciou-se com a seleção de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) pertinentes à pergunta norteadora. Para busca no PubMed foram utilizados os *Medical Subject Headings* (MeSH) e os recurso booleanos *AND* e *OR* para cruzar os descritores da seguinte forma: “Gastroenteritis AND Diarrhea”, “Dehydration AND Infancy”.

Os critérios de inclusão consistiram em artigos disponíveis no PubMed nos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra e que abordassem a temática proposta. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, artigos repetidos e que não correspondessem à temática.

A partir da estratégia de busca adotada neste estudo, critérios de inclusão e exclusão predefinidos foram relacionados dez artigos para compor a amostra.

Foi construído um instrumento para coleta de dados contendo as seguintes variáveis: Autor, ano de publicação, tipo de estudo e conclusões.

4. RESULTADOS

Os dez estudos incluídos foram artigos de revisão e ensaios clínicos publicados no período de 2016 a 2020.

Em geral, os estudos tratam da abordagem de paciente pediátricos no pronto atendimento com possível sinal de desidratação e discorrem a respeito da conduta terapêutica para cada tipo de caso, ressaltando os sinais de desidratação e as diversas abordagens possíveis e o uso ou não de sintomáticos para cada caso.

Tabela 1 – Síntese dos estudos avaliados, Autores, Tipo de estudo e conclusões.

Autores	Tipo de estudo	Conclusões
(BRADY, 2018)	Revisão sistemática	A hidratação e a nutrição continuam a ser as intervenções com melhor impacto sobre o curso da diarreia aguda. Houve pouco avanço no uso dos sais de reidratação oral (SRO) nas últimas décadas apesar de ser amplamente divulgado por meio de diretrizes internacionais. Vários estudos vêm sendo feitos na tentativa de melhorar a eficácia do SRO. Hidratação venosa com solução salina isotônica, infundida de forma rápida, deve ser indicada em casos de desidratação grave. A nutrição deve ser assegurada logo após a resolução da desidratação e é primordial para a saúde intestinal e imunológica. Restrições alimentares usualmente não são benéficas e podem ser prejudiciais. As medicações sintomáticas têm indicação restrita e antibióticos são indicados em casos específicos.
(POONAI et al., 2021)	Ensaio clínico randomizado secundário não controlado.	A reidratação intravenosa e a hospitalização foram associadas a evidências clínicas de desidratação e falta de um período de reidratação oral com suporte de ondansetron. Estratégias com foco na administração de ondansetrona oral seguida por terapia de reidratação oral em crianças com desidratação podem reduzir a dependência de reidratação intravenosa e hospitalização.
(LEUNG; HON, 2021)	Revisão sistemática	A gastroenterite viral aguda está associada a morbidade substancial em países desenvolvidos e mortalidade significativa em países em desenvolvimento. Os médicos devem educar os cuidadores sobre higiene pessoal adequada e lavagem das mãos para prevenir a transmissão fecal para oral do patógeno, bem como a importância da vacina contra rotavírus na prevenção da gastroenterite por rotavírus. Várias vacinas de norovírus estão atualmente passando por testes clínicos com resultados promissores. Espera-se que o desenvolvimento de uma vacina eficaz contra o norovírus reduza ainda mais a incidência de gastroenterite viral.
(MACDONALD; MCCORMACK, 2020)	Revisão sistemática	A sociedade pediátrica canadense recomenda considerar uma dose única de ondansetrona para crianças entre 6 meses a 12 anos que se apresentam ao pronto-socorro com vômitos relacionados à suspeita de gastroenterite aguda e desidratação leve a moderada ou terapia de reidratação oral malsucedida. Eles recomendam o início da terapia de reidratação oral 15 a 30 minutos após a administração de ondansetrona oral.
(HOUSTON; GIBB; MAITLAND, 2017)	Revisão sistemática	As diretrizes atuais da OMS recomendam fortemente o uso de ReSoMal com base em evidências de baixa qualidade. Estudos indicam um risco significativo de hiponatremia no ReSoMal em crianças asiáticas, nenhum foi realizado na África, onde a mortalidade por SAM

permanece alta. Mais pesquisas devem ser conduzidas na África para avaliar o SRO ideal para crianças com SAM e para gerar diretrizes práticas baseadas em evidências.

(POSOVSZKY et al., 2020)	Revisão	Crianças com desidratação leve ou moderada são frequentemente hospitalizadas para terapia de reidratação intravenosa, apesar das boas evidências que apóiam a reidratação oral ambulatorial. Obstáculos ao cuidado intersectorial, a escassez de enfermagem e o reembolso inadequado devem ser superados a fim de reduzir hospitalizações desnecessárias e, assim, diminuir o risco de infecção nosocomial.
(IRO et al., 2018)	Meta Análise	Apesar da ampla implementação da diretriz do Plano C da OMS para AGE grave, não encontramos avaliação clínica em locais com recursos limitados, e apenas avaliação limitada da taxa e do volume de reidratação em outras partes do mundo. As preocupações recentes sobre a expansão agressiva de fluidos justificam pesquisas adicionais para informar as diretrizes sobre as taxas de terapia de reidratação intravenosa para AGE grave.
(HOUSTON; GIBB; MAITLAND, 2017)	Ensaio clínico randomizado controlado	Reidratação mais lenta ao longo de 8 horas parece ser segura, mais fácil de implementar do que o plano C. Grandes ensaios futuros com mortalidade como o desfecho primário são garantidos.
(HOSSAIN et al., 2017)	Meta Análise	As crianças que recebem internação SAM de acordo com as diretrizes da OMS reduziram a CFR em comparação com o tratamento convencional.
(FLOREZ; NIÑO-SERNA; BELTRÁN-ARROYAVE, 2020)	Revisão sistemática	As doenças diarreicas são uma das doenças mais comuns na infância. A causa mais comum é o rotavírus. Um elemento fundamental na abordagem de uma criança com diarreia é a determinação do seu estado de hidratação, que determina o manejo de fluidos. Os exames laboratoriais não são rotineiramente exigidos, pois na maioria dos casos não afetam o manejo e devem ser indicados apenas em casos selecionados. Vários tratamentos foram estudados para reduzir a duração da diarreia. Apenas simbióticos e zinco se mostraram eficazes e seguros com alta certeza nas evidências. O restante das intervenções, embora pareçam eficazes, apresentam evidências de baixa a muito baixa qualidade. O único antiemético eficaz e seguro para controlar o vômito é o ondansetrona.

Fonte: dados de pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo (BRADY, 2018), a nutrição e a hidratação do paciente pediátrico continua sendo o binómio de intervenção com melhor prognóstico em relação a abordagem da gastroenterite aguda. O autor afirma que houve pouco avanço nos últimos anos no uso de sais de reidratação oral ainda que sejam amplamente divulgados por várias diretrizes internacionais. A alimentação do paciente deve ser reestabelecida por completo

logo após a melhora do quadro de desidratação, sendo fundamental para a completa melhora do quadro, além

disso, qualquer tipo de restrição alimentar não é benéfica em quadros de GEAI, e as medicações suportivas para manejo dos sintomas possuem indicações específicas.

De acordo com (POONAI *et al.*, 2021), o início da terapia com uso de ondansetrona via oral associado ao uso de hidratação também oral pode promover uma redução de internações em unidades hospitalares de paciente com necessidade de hidratação venosa. E isso se deve a abordagem quase que precoce em relação a sintomas que podem promover grandes perdas de volumes de líquidos e esse tipo de conduta além de promover uma redução no número de internações possibilita uma menor redução de gastos intra hospitalares.

O quadro de gastroenterite viral agudo é totalmente relacionado a condições de saneamento básico e acesso a segurança alimentar, quadro este incompatível muitas vezes com a situação financeira de países em desenvolvimento. (LEUNG; HON, 2021) nos mostra que o papel do médico é promover a educação em saúde, com a finalidade de prevenir e reduzir a transmissão de doenças oro fecais na população em geral, sobretudo, em pacientes pediátricos.

Segundo a sociedade canadense de pediatria, é recomendado já de antemão a administração de dose única de ondansetrona para crianças de 6 meses a 12 anos com quadro de GEAI com presença de vômitos e desidratação leve a moderada em cenário de pronto atendimento, principalmente se refratário a terapia de reidratação oral. (MACDONALD; MCCORMACK, 2020) Além disso, recomenda-se o início da terapia oral após 30 minutos de realização da medicação, ou seja, atuam de maneira parecida com o que vimos em (POONAI *et al.*, 2021). De acordo com a análise realizada por (POSOVSZKY *et al.*, 2020), paciente pediátricos com um quadro de desidratação mais brando são rotineiramente hospitalizadas, ainda que apresentam sintomatologia que desobriguem qualquer tipo de internação, e isso corrobora com a sobrecarga do sistema de saúde e dificuldade de tratamento para paciente que de fato necessitam de cuidados mais próximo da equipe de saúde, além de aumentar consideravelmente o risco de infecção hospitalar para pacientes internados. Ainda no que se diz respeito a reposição volêmica, estudos conduzidos por (HOUSTON; GIBB; MAITLAND, 2017) evidenciam que uma reposição volêmica mais lenta distribuídas ao longo de 8 horas são mais seguras para pacientes que necessitam de uma manutenção hídrica, diferentemente da expansão, que é realizada livre.

6. CONCLUSÃO

A gastroenterite é uma enfermidade muito frequente no cenário pediátrico, e reconhecer o quadro e conduzir de maneira correta é fundamental para um melhor prognóstico do paciente. Restrição alimentar é totalmente contra indicado, e deve ser reestabelecida imediatamente após o paciente apresentar condições clínicas para tal. O uso de sintomáticos possui indicações específicas, e a administração de ondansetrona auxilia consideravelmente na redução dos sintomas gastrointestinais, sobretudo náuseas e vômitos reduzindo consideravelmente o número de perdas e retorno a alimentação natural do paciente. Avaliar o nível de consciência do paciente, sinais de alarme auxilia muito no momento de identificar qual o perfil do paciente e se possui condições de alta ou se deve ser tratado intra hospitalar. Porém, é importante ressaltar que ainda que todas as recomendações sejam feitas pelas sociedades pediátricas, ainda assim ocorrem internações desnecessárias sobrecarregando o sistema de saúde e aumento o risco de infecções hospitalares.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRADY, K. Acute gastroenteritis: evidence-based management of pediatric patients. **Pediatric Emergency Medicine Practice**, v. 15, n. 2, p. 1–24, fev. 2018.

FLOREZ, I. D.; NIÑO-SERNA, L. F.; BELTRÁN-ARROYAVE, C. P. Acute Infectious Diarrhea and Gastroenteritis in Children. **Current Infectious Disease Reports**, v. 22, n. 2, p. 4, 28 jan. 2020.

HOSSAIN, M. et al. Efficacy of World Health Organization guideline in facility-based reduction of mortality in severely malnourished children from low and middle income countries: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 53, n. 5, p. 474–479, maio 2017.

HOUSTON, K. A.; GIBB, J. G.; MAITLAND, K. Oral rehydration of malnourished children with diarrhoea and dehydration: A systematic review. **Wellcome Open Research**, v. 2, p. 66, 2017.

IRO, M. A. et al. Rapid intravenous rehydration of children with acute gastroenteritis and dehydration: a systematic review and meta-analysis. **BMC pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 44, 9 fev. 2018.

LEE, B. ; DAMON, CF; PLATTS-MILLS, JA Gastroenterite aguda pediátrica associada ao adenovírus 40/41 em países de baixa e média renda. **Parecer Atual em Doenças Infecciosas** , v. 33, n. 5, pág. 398–403, fora. 2020.

LEUNG, A. K.; HON, K. L. Paediatrics: how to manage viral gastroenteritis. **Drugs in Context**, v. 10, p. 2020-11–7, 2021.

MACDONALD, E.; MCCORMACK, S. **Ondansetron and Oral Rehydration Therapy in Pediatric Patients with Dehydration: A Review of Clinical Effectiveness**. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2020.

POONAI, N. et al. Variables Associated With Intravenous Rehydration and Hospitalization in Children With Acute Gastroenteritis: A Secondary Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. **JAMA network open**, v. 4, n. 4, p. e216433, 1 abr. 2021.

POSOVSZKY, C. et al. Acute Infectious Gastroenteritis in Infancy and Childhood. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 117, n. 37, p. 615–624, 11 set. 2020.